

社会福祉の領域における説明責任のあり方についての考察

—防ぐことができない介護事故において想定される課題と説明責任について—

教授 鳥野猛

Consideration about the way of the accountability in the social welfare.

[要約]

より丁寧な説明責任が求められる昨今、介護や福祉・医療の現場においては、利用者やその家族のおかれている特殊性から、より配慮や工夫がいる説明力が必要といわれている。法的にどの程度までの説明責任・義務が求められるのかについては、その場その場における裁量に委ねられているなか、高齢者施設や福祉行政の窓口対応等をめぐる裁判事例を手がかりに、説明責任についての程度や方法、裁量の範囲等について論じたもの。

[キーワード] 説明責任、介護事故、説明力、調整力、家族責任

はじめに

今ほど、説明責任が問われる時代はなかったように思われる。

逆にいうなら、十分な説明を尽くさなければ、利害関係にある相手には伝わらない、分かって（理解して）もらえないことへの裏返しでもある。

一昔前とは違い、「言わずとも分かる」といった牧歌的な環境を時代が許さなくなった、ともとらえることができるが、発言したことに対して前後の文脈とは関係なく、その言葉尻だけをとりえてハラスメント的要素が強い、と責められる場合もあり、また、発言しなかったことに対しては、説明が足りない、という理由から必要以上の説明責任を求められ、これまたハラスメント的な色合いで責められるような、昨今の時流的要素が強いことも、相手が求める情報を十分にかつ正確に、そして相手に伝わるような方法での「説明」が求められるようになっている背景といえよう。

言い換えるなら、法制度等による根拠が記載されている書面等によって説明を行えば事足りる、といったものではなく、利害関係にある相手が理解したかどうかまでを確認するための説明や、同意書等の確認までもが、説明したことへのエビデンスとして求められるようになっている。

とくに介護や福祉、医療のサービスを必要とする者は、往々にして認知症等判断能力が喪失もしくは減退している場合が多いだけでなく、判断能力が十分にある健常な者にとっても、介護や福祉、医療をめぐる法制度そのものが分かりにくい現状があることから、上記にもあるような説明の程度や方法、確認が求められる。

第1章 昨今の事情と時代的背景

昨今のキーワードというか、近年注目され度々耳にする言葉として、DEI（デイ）があげられ

る。

DEIとは、Diversity（多様性）、Equity（公平性）、Inclusion（包括性）の頭文字をとった概念であり、米国のビジネス界から発信された考え方である。これからの企業の継続的な発展と、企業文化の成熟を考えた際、多様な人材や集団が、皆で助け合いながら良い製品やアイデアを生み出そう、というスローガンである。以前には、D&I（Diversity & Inclusion）と呼ばれていたものが、アメリカで特に問題となったマイノリティの社会的格差や不平等の問題を解決するため、E（Equity）を加えた、DE&Iへと進化した。それが現在のDEIになり、いまでは企業における若者の大量離職を防ぐべく、Belonging（帰属意識、居場所）を加えたDEI&Bとして、我が国の大企業もこぞってスローガン化している言葉である。

福祉や介護の分野で、上記のInclusionという言葉が使用されたのは、平成12年（2000年）12月8日に出された「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書であった。ちょうど社会福祉事業法が改正され、社会福祉法が公布施行された年でもあるが、産業構造の変貌とグローバル化、家族による扶養機能の縮小、価値観のゆらぎ等を背景に、社会的に摩擦を感じている人や、社会的に排除されている人も、地域社会のなかでつながりを持ちながら皆で支え合おう、という考えのなかに（Social）Inclusionという言葉を見つけることができる。

20年以上前に出された上記報告書「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」で例としてあげられた、摩擦を感じ、また排除された人でいえば、ホームレスやカード破産者、アルコール依存・中毒者を念頭においていた。しかし現在では、社会的に摩擦を感じている者といえば、レズやゲイといった性的少数者（LGBTQ）であろうし、社会的に排除されている者といえば、元も含めて反社会的集団の構成員（暴力団員）のことであろう。

この報告書は、新たな福祉課題への対応として、「つながり」を柱とした地域社会における自発的支援の再構築を、これまでの「公」に代わるものとして位置づけたことに特徴がある。

先の、DEIなり福祉分野でのSocial Inclusionという考え方を一言でいえば、格差を是正し、個々の違いを排除するのではなく共に理解し包み込む（包括）ことが、社会の持続的な発展や、共生社会を図るうえで必要な視点、ということになる¹。

それに加え、令和4年（2022年）4月から、セクシャルハラスメントやパワーハラスメント、カスタマーハラスメントも含め、ハラスメント（嫌がらせ）全般に対する防止措置がすべての企業に義務化されたことを受け、従業員や同僚、顧客に対する接し方や説明のあり方等の見直しが図られるようになった²。

具体的には、LGBTQといった性的マイノリティだからという理由で、事業者側が採用の門戸を閉ざすことは許されなくなり、また職場においても、部下の指導（教育）のあり方や接し方等、相手にとって不快と感じられるすべての言動等に注意するよう呼びかけられただけではなく、それへの防止措置を講じることが義務化された。

これらマイノリティといわれる少数者を擁護するための取り組みは、わが国だけではなく、全世界規模で広まり共通認識となっている。言い換えるなら、マイノリティといわれる少数派がこれほどまでに守られるようになった時代は、これまでなかったといえよう。

となると、少数派であるマイノリティの対極に位置するマジョリティといわれる多数派が、す

すべての分野においてマイノリティである少数派を DEI という社会理念のもとに受け入れる際、必ずといっていいほどの摩擦や抵抗が引き起こされ、それへの調整や努力が強いられることとなる。新たなつながりを持つとするとする際に生ずるその摩擦や抵抗を最小限に抑え、両者にとっての妥結点を見出すには、利害関係にある相手方との間で説明を尽し、落としどころを探り、合意を図る努力が、互いに求められる。

しかし、両者間で認識の違いや食い違いが発生した場合、その説明の仕方やあり方について、法的にどの程度までの説明責任・義務が求められるのかについては、それぞれにおいての裁量に委ねられているのが実情である。

以下、「説明」の程度や方法、そのあり方について、具体的な裁判事例から整理を試みる。

第2章 裁判事例からみた「説明責任」の程度と範囲

1節 介護老人保健施設の施設ケアマネに求められる説明責任³

本事例は、介護老人保健施設の介護支援専門員等が、入所者から利用料金の負担軽減の相談を何度も受けていたにもかかわらず、食費及び居住費の支払いを自己負担額に限定できる介護給付申請制度(特定入所者介護サービス費等)の説明を怠ったとして、説明義務違反による損害賠償を介護老人保健施設側に求めたものである。

具体的な事件の概要は以下のとおりである。

[事件の概要]

介護保険の要介護認定を受けていた当時 96 歳の女性は、医療法人を母体とする介護老人保健施設のデイサービス(通所)やショートステイサービス(短期入所)を受けるため、平成 28 年(2016 年)6 月から平成 29 年(2017 年)5 月までの 1 年間のうち、サービス利用契約を 3 回締結した。その際、年金収入が乏しいため、利用者である 90 歳女性の長女である代理人が、介護老人保健施設の介護支援専門員(施設ケアマネ)及び支援相談員に対し、施設のサービス利用料金の負担軽減を求め、複数回相談したにもかかわらず、利用料金の軽減ができる「介護保険負担限度額認定制度」の説明を受けられず多額の負担を強いられた。

その後、平成 31 年(2019 年)3 月、当初利用していた介護老人保健施設を退所し、終身利用を前提に特別養護老人ホームに入所する運びとなったが、その特別養護老人ホームに勤務する施設ケアマネから住民税非課税の世帯の場合には、特定入所者介護サービス費の給付が受けられる等の説明を受けてその存在を知ったことから、低所得者に対する利用料軽減の制度を利用する機会を逸し、その制度を利用していれば得られていたであろう財産的利益を求め、当初サービスを利用していた介護老人保健施設の理事長に対し、不法行為に基づく使用者責任を求め損害賠償を求めたものである。

法的根拠としては、介護保険法第 40 条 12 号に定められた「特定入所者介護サービス費の支給」にあたり、同法第 51 条の 3 では支給について具体的に、市町村は、要介護被保険者のうち所得及び資産の状況その他の事情を斟酌して厚生労働省令で定める者が、介護保険法上の取り扱い施設によるサービスを受けたときには、当該要介護被保険者に対し、当該介護保険施設における食事の提供に要した費用及び居住又は滞在に要した費用について、特定入所者介護サービス費を支給すると規定されている。

[高等裁判所の判断]

介護保険負担限度額認定制度に基づく特定入所者介護サービス費給付をめぐる施設ケアマネ及び支援相談員らの説明義務の有無について、東京高裁判決では「一被保険者は、介護保険制度、特に本件制度に係る情報について素人であり、必ずしもこれに十分通じているとは限らないから、介護支援専門員等の上記法令上の地位及び役割に加え、双方の情報量の格差があることを考慮すれば、介護支援専門員等は、専門的知見を有する者として、本件制度に係る情報を的確に被保険者に教示すべき立場にあり、被保険者は、介護支援専門員等から情報の提供を受けることを期待すべき立場にあるといえる。そうすると、介護老人保健施設の開設者又は介護支援専門員等は、当該介護老人保健施設との間で施設利用契約を締結して介護サービスを受給することになる被保険者に対し、本件制度について重要事項説明書に分かりやすく記載するなどして、これに基づく説明をすることが求められており、…的確に説明することが要請されているものと解される。」⁴と判示した。

また、介護老人保健福祉施設の職員であり、入所の手続等を担当していたと思われる施設ケアマネ及び支援生活員に説明義務の違反があったかどうかについては、「一重要事項説明書の記載やそれに基づく説明にも関わらず、(代理人である長女)が本件制度の存在を認識しておらず、そのような(代理人である長女)に対して本件制度を説明すれば本件制度を利用する蓋然性が高いことを認識したものと考えられる。一本件介護支援専門員等は、控訴人又は(代理人である長女)に対して本件制度の説明をする義務を怠ったと認められるのであって、一被保険者と介護保険施設利用契約を締結する介護保険施設としての契約当事者に要求される信義則上の付随義務としての説明義務に違反したものであるべきであり、一本件介護支援専門員等に少なくとも過失があることは明らか」⁵であると判示した。

ただ一方で、特定入所者介護サービス費の制度について記載した重要事項説明書の説明を、代理人である長女は受けたうえでこれを受領(署名・捺印)していることや、介護保険の実施主体である東京都港区の介護保険課に相談あるいは同課から介護保険のパンフレット等を入手し、低所得者への利用料金制度などの情報を得ることも可能だったことから、3割を限度として過失相殺が行われた⁶。

本判決は、原審である大阪地裁判決を大きく変更するものであったが、以下に原審の争点と結論について整理したい。

[地方裁判所の判断]

原審である東京地裁の判断としては、「一本件制度は介護保険法にその根拠を有し、市町村等が行うものであって、契約の内容となるようなものではないから、契約当事者における情報の偏在等が問題になる場面とはいい難く、消費者契約法の趣旨を根拠に、本件制度の説明義務を基礎づけることはできない」⁷としつつ、介護保険法第96条1項の介護老人保健施設開設者の役割との関係についても、施設の設備や運営等について定めたものであり、これをもって説明義務の履行を基礎づけることはできない、と判示している。よって、介護老人保健施設の職員で入所の説明を行った施設ケアマネについても、介護保険法に照らし、制度の説明を行う義務を導くことはできない、として説明責任について否定した⁸。

2節 行政の窓口担当者に求められる説明責任⁹

[事件の概要]

脳腫瘍（小児癌）に罹患した女兒の両親（母親は看護学校の教員）が、重病で長期療養が必要な女兒の監護者に対する援助制度の有無を市の窓口担当者に相談した平成13年（2001年）4月20日、当時の窓口担当職員の対応について、社会保障制度に関わる行政職員が条理上負っている教示義務に違反した違法があったとして、本来受給できたはずの特別児童扶養手当法¹⁰に基づく相当額の損害を請求したものである。

[高等裁判所の判断]

<大阪市市役所に勤務する窓口職員の教示義務違反の有無>

そもそも社会福祉や社会保障制度の手続きや利用については、申請しなければサービスを利用することはできず、また請求する前に遡って受給することができない等の、申請主義や非遡及主義が採用されている。これらも背景として、大阪高裁では「一受給資格者の請求を前提とする社会保障制度の下においては、受給資格がありながら制度の存在や内容を知らなかったために受給の機会を失う者が出るような事態を防止し、制度の趣旨が実効性を保つことができるよう、制度に関与する国又は地方公共団体の機関は、当該制度の周知徹底を図り、窓口における適切な教示等を行う責務を負っている」¹¹と判示した。

ただ、社会福祉や社会保障制度についての周知徹底や教示の仕方等については、国や行政の窓口担当者の広範な裁量に委ねられているため、制度の教示や周知の仕方に不十分な点があったとしても、そのことがただちに法的義務に違反するものとして国家賠償法上違法というわけではない、として国家賠償請求は退けられた。

しかし、このような前提がありながらも、「一社会保障制度が複雑多岐にわたっており、一般市民にとってその内容を的確に理解することには困難が伴うものと認められること、社会保障制度に関わる国その他の機関の窓口は、一般市民と最も密接な関わり合いを有し、来訪者から同制度に関する相談や質問を受けることの多い部署であり、また、来訪者の側でも、具体的な社会保障制度の有無や内容等を把握するに当たり上記窓口における説明や回答を大きな拠り所とすることが多いものと考えられることに照らすと、窓口の担当者においては、条理に基づき、来訪者が制度を具体的に特定してその受給の可否等について相談や質問をした場合であっても、具体的な相談等の内容に応じて何らかの手当を受給できる可能性があると考えられるときは、受給資格者がその機会を失うことがないように、相談内容等に関連すると思われる制度について適切な教示を行い、また、必要に応じ、不明な部分につき更に事情を聴取し、あるいは資料の追完を求めるなどして該当する制度の特定に努めるべき職務上の法的義務（教示義務）を負っているものと解するのが相当である。そして窓口の担当者が上記教示義務に違反したものと認められるときは、その裁量の範囲を逸脱したものとして、国家賠償法上も違法の評価を受けることになる」¹²と判示した。

より明確に法的義務を裏づけたものとしては、「(母親の)具体的な質問が、長期療養や長期入院を必要とする病気となった子を扶養する者への援助の制度の有無を尋ねるものであったとしても、(母親)の相談の趣旨が経済的な援助を受けたいとすることにあつたことは明らかであり、かつ、その相談内容に照らして、脳腫瘍に罹患した女兒が本件手当の対象となる可能性が相当程

度あったものと考えられるから、(母親)の相談を受けた窓口の担当者としては、本件手当に係る制度の対象となる可能性があることを(母親)に教示し、又は(母親)から女兒の具体的な病状や日常生活状況等について聴取することにより、(母親)らが本件手当に係る認定の請求をしないまま本件手当を受給する機会を失わないように配慮すべき法的義務を負っていた¹³と判示した。

その上で、窓口担当者の裁量を逸脱し、教示義務に違反するとした状況として、「一(母親)の相談を受けた窓口の担当者は、(母親)に対し、本件手当に係る制度の対象となる可能性があることを教示することもせず、また、(母親)から女兒の具体的な病状や日常生活状況等について聴取することもしないまま、本件手当に係る制度を含め、援助の制度はない旨、二度にわたって回答をしたものである。しかも、上記担当者はその際、(母親)に対し、本件手当の受給要件に該当しない理由等に関して何ら説明もしていない。」¹⁴等の理由から、説明義務行使の裁量権を逸脱したものと判断した。

第3章 介護事故をめぐる想定される問いかけへの対応について

身元引受人等家族からのクレームや過度な苦情を、あらかじめ介護事故での初動対応において投げかけられる問いから整理しておくことで、説明義務をある程度履行し、説明責任をある程度まで果たすことが可能となる。

言い換えるなら、介護事故が法廷による闘争までいき着く経緯を鑑みると、介護事故裁判に成るべくして生まれたような特殊な事例は非常に少なく、転倒・転落や誤嚥、薬の誤配、溺水といった、日々の介護現場で起きる現象への対応が、説明の際、僅かに誤魔化したり、曖昧にした点等、初動対応の拙さに起因して発生するケースが大半である。つまり、日々の苦情やクレームを相手方に理解できるよう説明し沈静化する努力を怠ったがゆえに大炎上してしまったケースと考えられる。

1節 介護事故をめぐる背景の変化

従来、介護事故とは、介護保険施設等で働く職員が、入居している利用者をついうっかり転倒・転落させてしまったり、また食事介助中に食事等を喉に詰まらせたり、といった場面を想像させた。しかし、昨今では、入居者が入居者に対して、また入居者やその家族が職員に対して、暴力を振るいまた暴言等を吐く、といったカスタマーハラスメントについても大きく取り上げられ、これらも含め「介護事故」と認識されるようになっている。

昨今の介護現場においてもICT「Information and Communication Technology(情報通信技術)」の発達や進化によって、センサーやカメラ等による見守り、またアプリケーション等による音声認識及び音検知機能の向上により音声文字変換が可能になるといった、従来の介護技術や介助、記録等における方法に変化がみられるようになった。介護事故の情報を集約・整理し、次への改善につなげられるような体制が整いつつあるなか、これまで介護事故が発生した際にキーワードとなっていた「見守り」や「記録の書き方」に変化が生じるようになっている。とくに記録の書き方、監督機関へ提出が義務化されている「事故報告書」についても、令和3年度

(2021年度)から厚生労働省が定めたひな形をベースに作成されるようになり、これらは介護

保険法の取り扱い施設である介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設（老人保健施設）、介護医療院、介護療養型医療施設だけではなく、養護老人ホームや有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護施設（グループホーム）、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）といったいわば「箱物系」施設においても、「事故報告書」の統一が図られるようになった（資料1）。

それに加え、令和3年度（2021年度）からの介護報酬改正に伴う改定によって、介護保険法における取扱施設では、「事故発生防止に向けての指針」を従来のものを変更し、以下のような点に留意したうえで、新たな指針の作成が義務づけられた¹⁵。

- ・ 事故報告の方法等を明記
- ・ スタッフに周知徹底する体制整備の明記
- ・ 事故防止を目的とした各委員会の設置や位置づけ、職員「研修」の定期的実施
- ・ 各自治体、入所者家族（身元引受人）等への速やかな連絡と必要な措置等の体制
- ・ 事故報告書含めた「記録」整備の環境
- ・ 事故発生後の速やかな「損害賠償」の整備

2 節 転倒・転落、誤嚥が発生した場合に想定される争点と説明責任

過去、5年程度の転倒・転落、誤嚥事故の裁判事例¹⁶から、それぞれに争点を整理すると、以下のようなようになる。

【転倒・転落】

- ・ 「ヒヤリ・ハット」からみた過失の有無
- ・ 「ケアプラン第2表」と実施された介護記録との整合性
- ・ リスクマネジメントに対する職員教育(年間の研修計画等)
- ・ 病院への搬送(期待権の侵害)
- ・ 監督的立場(上司)にある者に対する指導義務
- ・ 事故当時における適切な人員配置
- ・ センサーマットを設置する義務

【誤嚥】

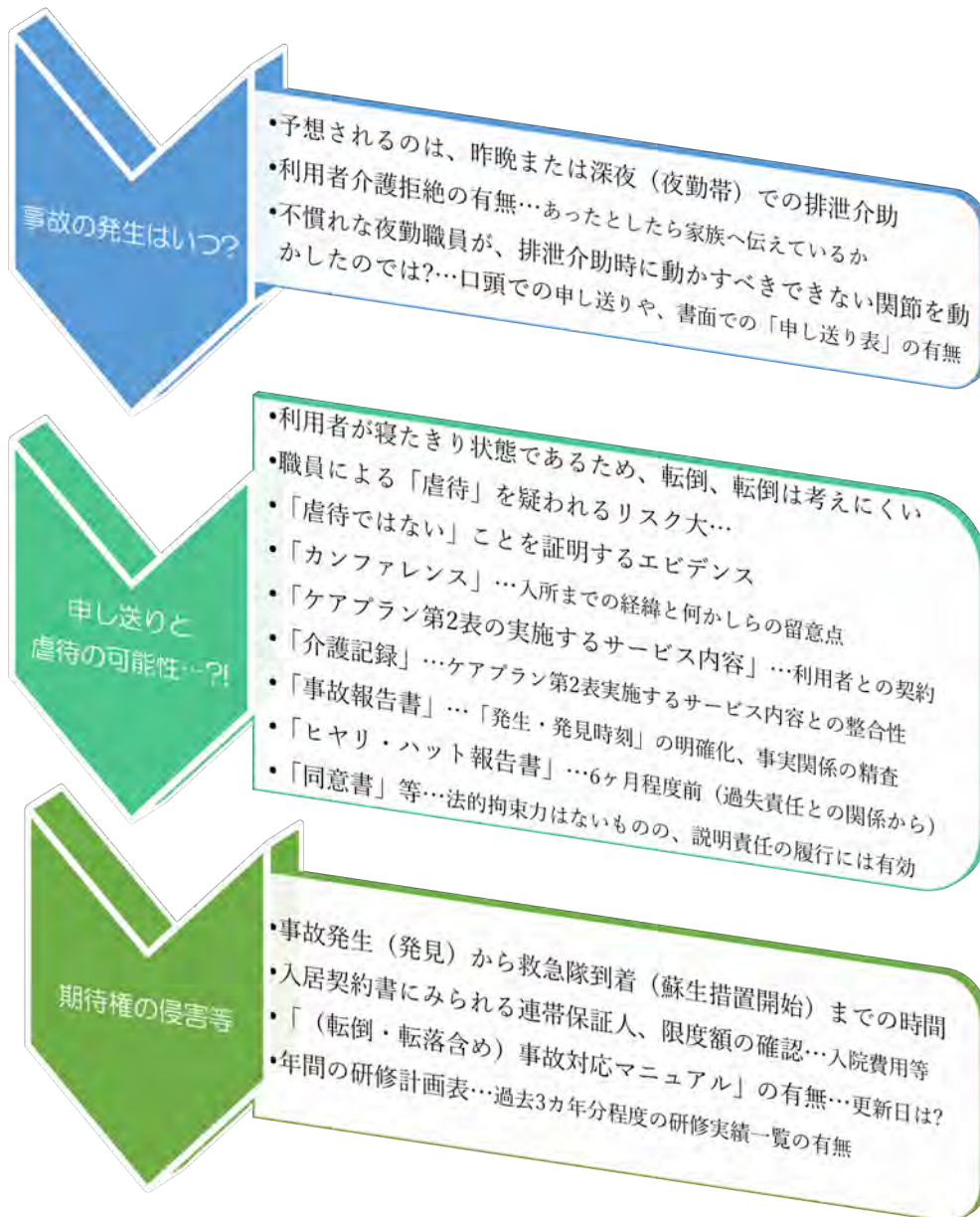
- ・ 死因（既往歴から、食事中に食事を詰まらせたことによる窒息なのか、それとも利用者の持病であった心筋梗塞または脳梗塞によって意識がなくなり、それに伴って吐き戻したものが逆流しての窒息を原因とするものなのか）
- ・ 誤嚥事故を含めた事故対応マニュアルの確認（謝罪についての文言等¹⁷）
- ・ 義歯等含めた咀嚼状況
- ・ 当時の事故報告書の精査
- ・ 過去の誤嚥等のヒヤリ・ハットの存在と精査
- ・ 事故当時に有効であった「ケアプラン第2表」の「実施するサービス内容」の記載内容
- ・ 食事等における（管理栄養士等）工夫（きざみ、とろみ、ミキサー等）とケアプランでいう介護の方法
- ・ 事故当時、有効であった「ケアプラン第2表」と、実際の介護記録との整合性

- ・カンファレンス等の記録
- ・施設における年間の研修計画と実施
- ・食事提供した際（事故当時）の職員の配置、経験年数、誤嚥と気づいてからの対応時間（吸引器等の導入、吸引器導入までの職員らによる救助方法や手順、かかった時間等、期待権の侵害）

介護事故において、もっとも説明責任が問われる場面は、事故における初動対応時である。この初動対応時の拙さから、些細なクレームや苦情等が大炎上し、ひいては裁判にまでなる事例は枚挙にいとまがない。このようなことから、介護事故を代表とする「転倒・転落」、「誤嚥」について、具体的な事例をもとに、初動対応時における留意点を図式化した。

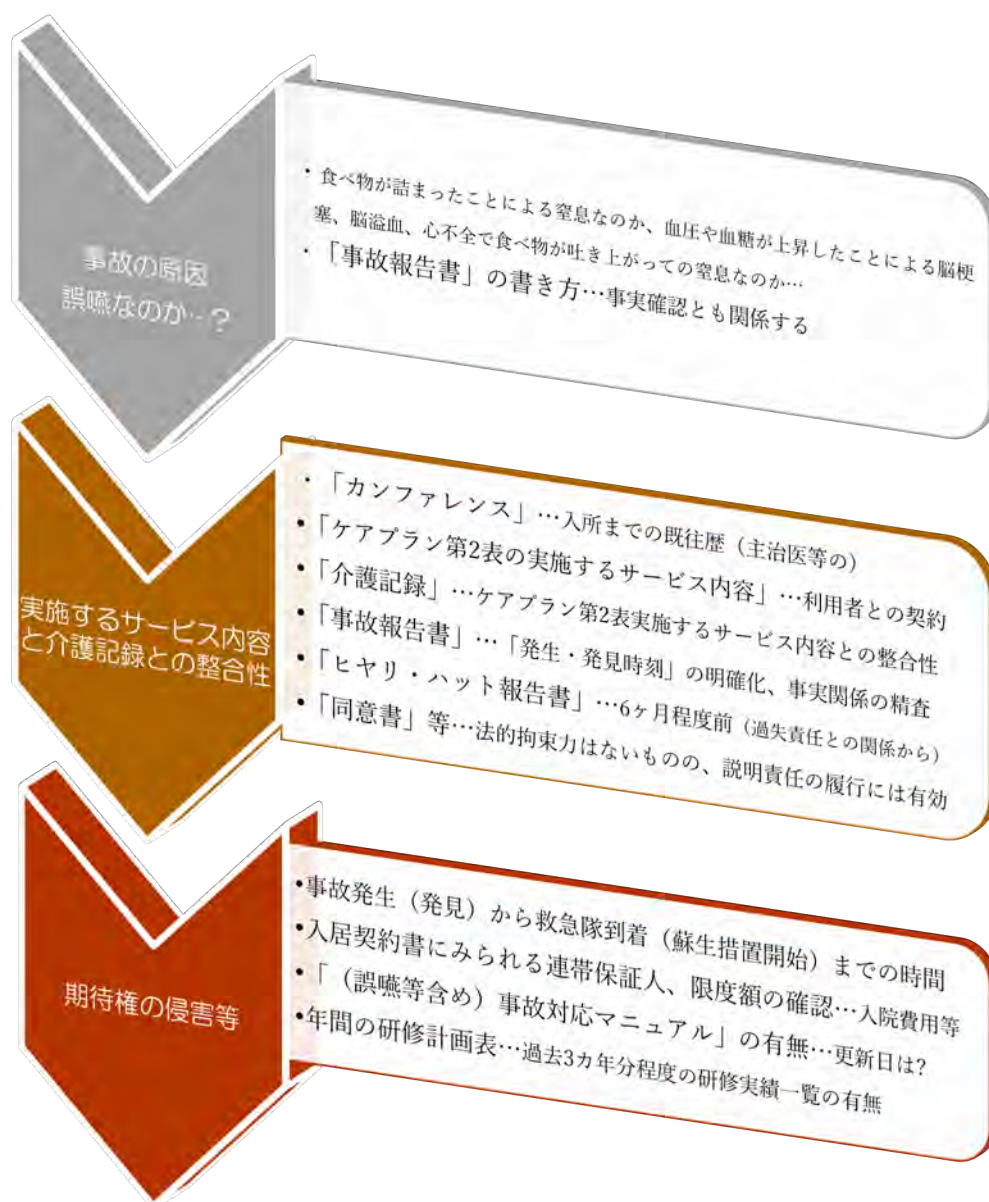
[転倒・転落]

要介護5で、寝たきりの利用者が、早朝の排泄介助時、ひどい痛みを訴えました。あまりにも痛がる様子から、看護師が管理者と相談し、救急車での病院搬送を決定しました。その後、事故の説明を行った相談員が、身元引受人である長女と、連帯保証人である長男から問い詰められることになりました。



[誤嚥]

要介護4の利用者が、昼食時の食事介助中に、固まったような姿勢でみるみる顔面が白くなりました。それに気づいた職員が誤嚥を疑い、周りの職員にも声をかけ、利用者の口中から少しばかりの食事片をかき出すことができました。しかし、利用者の症状が回復しなかったため、救急車を呼び病院に搬送することになりました。その後、事故の説明を行った相談員が、身元引受人である長女と、連帯保証人である長男から問い詰められることになりました。



事故報告書 様式 … 令和3年度から統一された様式 資料1

事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))											
<small>※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること ※選択状態については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること</small>											
<input type="checkbox"/> 第1報 <input type="checkbox"/> 第 報 <input type="checkbox"/> 最終報告					提出日：西暦 年 月 日						
1 事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日			
2 事 業 所 の 概 要	法人名										
	事業所(施設)名							事業所番号			
	サービス種別										
	所在地										
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者		
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()									
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立								
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦		年		月		日	時	分頃 (24時間表記)	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	事故の種類	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜き等)									
	発生時状況、事故内容の詳細										
	その他 特記すべき事項										
	発生時の対応										
5 事 故 発 生 時 の 対 応	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	受診先	医療機関名							連絡先(電話番号)		
	診断名										
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()									
	検査、処置等の概要										
6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況										
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名 () 警察署名 () 名称 ()									
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定										
7 事 故 の 原 因 分 析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)	(できるだけ具体的に記載すること)										
8 再 発 防 止 策 (手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)										
9 その他 特記すべき事項											

例えば、上記（資料1）の統一された「事故報告書」をみると、これまで高齢者施設をはじめ各介護サービス事業所で使用していた「事故報告書」とを比較した場合、説明する際に誤解が生じやすい部分や、認識の違いからクレームや苦情に発展しやすい部分について、若干の修正や工夫が施されている。

たとえば、上段右の「提出日」であるが、元号ではなく、西暦で統一されている。仮に昨日今日、介護事故が発生したとしても、今日明日のところで訴状等の内容証明が事業所に届くわけではなく、数ヵ月から数年にわたり、事故に関する「説明」のやり取りが利害関係者の間で展開される。その結果として、数年後に提訴となる場合が多い。そうなった際、令和、平成、西暦、おまけに年度等の記載が、誤解や勘違いにつながり、その誤解や勘違いを取り繕うための小さい嘘や誤魔化し、担当者間での言い違いや無理な辻褃合わせ、これらが最後には不信となって、提訴という事態にまで発展する。

このように誤解や無理な辻褃合わせが発生しやすい場面に関し、国が指定した事故報告書では、ある程度の統一した表記がなされている。同報告書中段上の「4.事故の概要」についても、「発生日時」であり、「発見日時」ではない。高齢者施設における夜勤帯では、たとえばユニットケアの場合、一人の職員が15～20人程度の入居者の見守りを行わなければならない。マンツーマンではない限り、夜勤帯時での介護事故は、発生ではなく、発見になりがちである。このあたりの事故の説明について、当事者である夜勤者（職員）は、身元引受人等の家族に対しその時刻を「発見」で伝えるのか、「発生」で伝えるのか、家族から「事故報告書」の開示があった場合、その内容から「発見」と「発生」タイムラグがあることが容易に分かるはずである。このあたりから、何を、どう説明するのか、が問われることになる。

言わずもがなであることだが、流暢に話すことをもって、十分な説明責任を果たした、ということにはならない。

さらに、「4.事故の概要」についても、「発生日時」の右端には、「分頃（24時間表記）」とあり、わざわざ24時間表記をカッコ書きで念押ししている。夜勤等がある入居型の介護・福祉事業であれば、24時間形態でのスタイルはある程度確立されていると思われるが、通所（デイサービス）や訪問（ホームヘルプサービス）については、基本的に朝から夕方までの介護形態を採っていることから、午前・午後といった12時間表記での申し送りや言い回し・認識が通常化している。これらによる誤解や認識の違いを是正するためにも、国が提示した「事故報告書」の24時間表記は、有効と思える。

おわりに

物事のほとんどにおいて、そのトラブルの原因は、言葉による説明の不十分さや、互いの認識の違いによるものが引き金となっている。仕事上であれば、書類という言葉が詰め合わさった紙によって、申し送り等連絡や調整を行っている。また日常生活を振り返ってみても、インターネットやソーシャルネットワークの発達によって、SNSを駆使して日々、パソコンのキーボードなり、スマートフォンの画面から文字を並べ、相手との確認や調整に膨大な時間を費やしている。

つまり、現代人においては、これだけ文章を打つ（書く）という作業に多大な時間と労力をか

けているにもかかわらず、その意図するものが相手方へは届かず、クレームや苦情、最近の消費社会においてはカスタマーハラスメントとして、大きな問題となっており、それらは「増えることはあっても、減ることがない」状況にまで追い込まれている。

最近では、証拠や証明を意味するエビデンスという言葉ももてはやされているが、捏造や偽造、フェイク情報が日常茶飯事になったいま、熱を帯びない録音による音声や録画による画像より、少しでも熱（熱量）のある対話でのコミュニケーションや会話のなかから、真贋を量りたい、と切望しているのが現代なのかもしれない。

説明力だけではなく、調整力が試されている。

とくに介護や医療・福祉分野で働く職員においては、より洞察力を働かせた説明や支援が、家族を含めた利用者に対し求められる。前章での判例からも明らかなように、サービスを利用する対象者やその家族らは、判断能力が低下・減退している場合が多くみられるため、事理弁識能力が備わった健常者への説明や調整とは異なる配慮や視点、そして工夫が必要となる。しかし、往々にして介護や福祉・医療の領域においては、家族を含めた利用者や患者から、「ありがとう」や「いつもお世話になっております」といった感謝や労いの言葉をかけられることが多く、過度なクレームや苦情が発生し難い土壌でもあったことから、それらへの対応に慣れていないため、説明力や調整力を磨く機会を逸していた、と考えることもできよう。

ただ、介護保険制度でいうなら、毎月支払うべき保険料は高騰を続け、サービスを利用した際の利用料についても、所得に応じて2~3割を負担する者も多くなっている。このようななか、介護や福祉サービスの受給に対しても、消費者的感覚から、損・得の考え方が浸透してきたことで、心のこもった介護や、その介助の内容についてはさておき、手続き面での説明等の有無に重きをおかれる状況が発生している。さらに、今後、介護や医療のサービスを積極的に利用する世代が、戦後に生まれた「団塊世代」であることを考え合わせれば、高齢者の層が大きく変わること、過度なクレームや悪質な苦情も、「増えることはあっても、減ることはない」ことが予測されるなか、「相手に伝わるような説明の仕方や方法・技術」を身につけなければならない。

一昔前までは、社会的弱者として位置づけられていた介護や福祉サービスの対象者が、いまでは消費者である「お客様」としての対応を、対象者やその家族らが求めているからなのかもしれない。

最後に、ここ数年間のコロナ禍にあって、エッセンシャルワーカーとしての位置づけが再確認された介護や福祉・医療の現場で働く職員にとって、一方で頻発する自然災害から利用者を守り、また収まることを知らない感染症にもリスクを覚悟で入り込むことが期待されるなか、説明力や調整力までも身につけるようにと、負荷をかけさせることに、筆者は心苦しさを感ずる。

介護や福祉、医療のサービスは、純然たる消費者法に基づく契約等ではないと考えられているが、利用者やその家族らが、自らの責任を棚上げし、お客様感覚で居続けるのであれば、経済が低迷し社会保障等の財源が確保できなくなることが早晚予想される今後、自分で自分の首を絞めることになる。

従来、戦後からはじまる社会福祉や社会保障の領域においては、いかに個人や家族の責任を軽減させ、国に責任を負わせるか、という点に集約させてきたように思われる。時代的な背景から、

憲法第 25 条の生存権を柱にした社会福祉や社会保障の発展には、一定の整合性と効果があったと考えられる。

しかし現在、社会福祉や社会保障のサービスを受けることで得られる果実が、社会の利益ではなく、個人の利益という損・得で考えられるきらいがあり¹⁸、一方で消費者契約的な側面も進むなか、再度、家族責任を含めた家族員個々の責任や義務について考える必要があるだろう。

以上

¹ 「社会的包摂政策を進めるための基本的考え方」第 22 回社会保障審議会、2011 年 8 月 29 日。

² 「改正労働施策総合推進法（通称 パワハラ防止法）」が 2020 年 6 月 1 日に施行され、企業に対する職場でのパワーハラスメントの防止措置が義務化されたことに伴い、介護や医療といった職員数 100 名以下の中小企業に至っても、2022 年 4 月 1 日からパワーハラスメントの防止措置が義務化となった。

³ 東京高裁 令和 3 年 10 月 27 日判決 変更・請求一部認容（上告）令 3（ネ）1643 号。
原審：東京地裁 令和 3 年 3 月 12 日判決 令 2（ワ）18509 号。

⁴ 「判例時報」2516 号 55 頁 4 段 7～29 行。

⁵ 「判例時報」2516 号 56 頁 2 段 1～24 行。

⁶ 請求自体は、178 万円（軽減されたはずの施設利用料金と弁護士費用）。

⁷ 「判例時報」2516 号 58 頁 1 段 16～24 行。

⁸ 介護職員による説明責任の有無については、「一施設入所時に、重要事項説明書に基づく説明を受けており、その中には本件制度についての記載があることからすると、一応の説明義務を果たしたものと認めることができる。一より丁寧に本件制度の説明をすべき義務を負うという趣旨の原告の主張は、その根拠を欠くものといわざるを得ず」（「判例時報」2516 号 58 頁 2 段 22 行～）と判示するに止まっている。

⁹ 大阪高裁 平成 26 年 11 月 27 日判決 平成 25 年（ネ）549 号。原審：大阪地裁 平成 22 年（ワ）12826 号。

¹⁰ 「特別児童扶養手当等の支給に関する法律」この法律は、20 歳未満であって重度の障害の状態にある者に対し手当を支給する法制度。

¹¹ 判決文 13 頁 6～10 行。

¹² 判決文 13 頁 17 行～14 頁 8 行。

¹³ 判決文 15 頁 11～18 行。

¹⁴ 判決文 15 頁 20 行～16 頁 3 行。

¹⁵ 指定介護老人福祉施設基準第 35 条第 1 項に規定する基準、「指針」については新設の 35 条第 4 項を参照。

¹⁶ 参考文献であげられている鳥野論文を参照。

¹⁷ 東京地裁平成 22 年 12 月 8 日判決。

¹⁸ 岩田正美『社会福祉のトポス—社会福祉の新たな解釈を求めて—』（有斐閣、2016 年）403～404 頁。

[参考文献]

- ・ 烏野猛「特別養護老人ホーム『あずみの里』控訴審判決における疑問—ドーナツ誤嚥事故裁判からみた介護業務の範囲や程度と、業務における義務—」びわこ学院大学研究紀要第12号、2021年。
- ・ 烏野猛「介護契約と責任の所在に関する一考察 —介護事故をめぐる裁判事例を手がかりにして—」びわこ学院大学研究紀要第11号、2020年。
- ・ 長野佑紀『介護施設の紛争予防・対応マニュアル』日本医事新報社、2020年。
- ・ 古笛恵子『改訂版 介護事故における注意義務と責任』新日本法規、2019年。
- ・ 大阪地裁平22(ワ)12826号 平成25年1月10日判決 棄却 控訴。
- ・ 大阪高裁平25(ネ)549号 平成26年11月27日判決 取消 確定。
- ・ 分譲住宅の譲渡契約の譲渡人が同契約を締結するか否かの意思決定をするにあたり、価格の適否を検討する上で重要な事実について、譲渡人において説明をしなかったことが慰謝料請求権の発生を肯認し得る違法行為と評価された事例（最高裁 平成16年11月18日判決 上告棄却、一審：東京地裁平成15年2月3日判決、二審：東京高裁平成15年12月18日判決）。
- ・ 売主から委託を受けてマンションの専有部分の販売に関する一切の事務を行っていた宅地建物取引業者に専有部分内に設置された防火戸の操作方法等につき、買主に対して説明すべき信義則上の義務があるとされた事例（最高裁平成17年9月16日判決、一審：東京地裁平成15年2月28日判決、二審：東京高裁平成16年7月14日判決）。
- ・ 建築会社の担当者が顧客に対し融資を受けて顧客所有地に容積率の制限の上限に近い建物を建築した後に、その敷地の一部売却により返済資金を調達する計画を提案した際に、上記計画には建築基準法にかかわる問題があることを説明しなかった点に説明義務違反があるとされた事例（最高裁平成18年6月12日判決、一審：大阪地裁平成15年1月24日判決、二審：大阪高裁平成16年3月16日判決）。
- ・ 岩田正美『社会福祉のトポス—社会福祉の新たな解釈を求めて—』有斐閣、2016年。
- ・ 佐藤丈宣「介護事故による損害賠償請求訴訟の裁判例概観」判例タイムス1423号、2016年。
- ・ 三坂歩他「医療・介護施設における高齢者の事故についての損害賠償請求に係る諸問題」判例タイムス1425号、2016年。
- ・ 関口了祐「社会福祉法人のアカウントビリティに関する覚書」vol.60 No.1 名古屋商科大学紀要、2015年。
- ・ 林潤「介護施設における介護者側の注意義務違反」福田剛久編『最新裁判実務体系(2)』青林書院、2014年。
- ・ 芝田英昭「社会福祉法人制度の意義や役割の変遷と今求められる機能」立教大学コミュニティ福祉研究所紀要、第2号、2014年。